

DOI: 10. 12209/CAIM202311060004

· 中西医结合临床案例 ·

中西医结合治疗 1 例回肠造口 术后造口高排量患者的护理体会

徐翎翎¹, 洪艳燕², 相洁¹

(1. 南京中医药大学附属南京中医院 肛肠科, 江苏 南京, 210001;

2. 南京中医药大学附属南京中医院 护理部, 江苏 南京, 210001)

摘要: 肠造口高排量作为造口术后并发症之一, 中西医治疗与护理的侧重与优势各不相同。本文总结 1 例中西医结合治疗回肠造口术后造口高排量患者的护理经验, 包括肠造口高排量管理和造口护理、耳穴埋籽联合穴位贴敷、辨证施膳等。根据中医辨证选择个性化中西医结合护理措施, 最终达到造口排量有效管理。

关键词: 造口高排量; 中西医结合护理; 耳穴埋籽; 穴位贴敷

Nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine for a patient with high output after ileostomy

XU Lingling¹, HONG Yanyan², XIANG Jie¹(1. Anorectal Department, Nanjing Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of
Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210001;2. Nursing Department, Nanjing Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of
Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210001)

ABSTRACT: High output of colostomy is one of the complications after ileostomy. The treatment and nursing of Chinese and Western medicine have different emphasis and advantages. This article summarizes the nursing experience of a case of patient with high output after ileostomy treated with integrated Chinese and Western medicine, including high-output stoma (HOS) management and stoma care, auricular point pressing combined with acupoint application, dialectical Diet, etc. Personalized integrated Chinese and Western medicine nursing measures were selected according to patients' TCM syndrome differentiation, which achieved effective management of HOS.

KEY WORDS: High-output stoma; integrated Chinese and Western medicine nursing; Auricular point pressing; acupoint application

结直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤之一, 在中医古文献近似于“肠覃”、“锁肛痔”等。近年来, 随着结直肠癌发病率的提升, 肠造口手术病人每年都以较快的速度增长。肠造口手术提升了结直肠癌患者的生存率, 但也给病人的生活质量和排便感受带来了一系列负性影响, 其中肠造口高排量(High-Output Stoma, HOS)问题受到了临床医护人员的关注。术后早期正常造口排量 500~1000 mL, 回肠造口每天约产生 1200 mL 水样便。《2022 年中国溃疡性结肠炎外科治疗指南》指出

造口排泄量 >2 L/d 且持续 ≥3 L/d 为高排量造口^[1]。但沈园娟等人认为其研究对象为欧美人群, 此标准是否适用于中国人群还有待商榷^[2]。此外, 陈影等人指出高排量造口的诊断, 不能局限于排出量的统计, 还要加强对患者的观察^[3]。也有研究者认为当造口排量超出正常限度即为高排量造口, 24 小时造口排量超过 1500 mL 即需要医疗干预; 24 小时造口排量大于 2000 mL 时具有临床意义^[4]。若缺乏适当管理, HOS 会导致患者脱水、电解质紊乱和营养不良^[5]。西医干预主要通

收稿日期: 2023-11-06

通信作者: 洪艳燕, E-mail: 1178301670@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

过用药,而中医通过外治及辨证施膳等进行调护。中西医结合治疗标本兼顾,在治疗HOS方面效果显著。我科于2021年10月收治了1例肠癌患者,患者于第三次手术术后出现造口高排量情况,经过中西医结合治疗与护理,恢复良好,造口排量得到控制,现将护理体会报告如下。

1 病例资料

1.1 时间轴

2021年10月21日,患者在全身麻醉行肠吻合

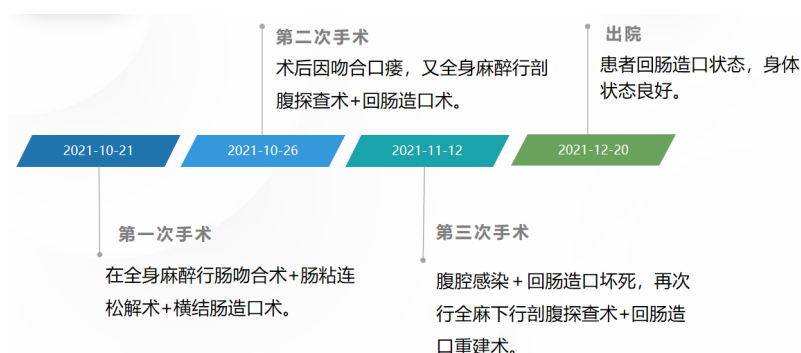


图1 患者诊治时间轴

1.2 患者信息

患者女,70岁,拟“中医诊断:腹痛(气滞血瘀证);西医诊断:腹痛”于2021年10月15日收住入院。患者于2周前无明显诱因下出现腹痛,甚则排气排便停止,伴腹胀,至外院治疗,行CT示:乙状结肠多发肠壁节段性增厚伴肠腔狭窄,肠管粘连,考虑恶性肿瘤。既往体健。仅有子宫切除术史。无传染病史。无食药过敏史。

1.3 体格检查

入院体征:体温36.6℃,脉搏78次/分,呼吸18次/分,血压120/80 mm Hg,身高168 cm,体重59 kg, BMI指数20.9 kg/m²,疼痛评分0分, Braden评分22分, Barthel评分95分(轻度依赖), Autar评分11分(中度风险), Morse评分15分(低风险), NRS-2002评分1分, SAS评分50分(轻度风险)。西医体格检查:①视诊:腹部外形平坦;②触诊:腹部柔软,左下腹轻压痛;③叩诊:移动性浊音阴性,无肾区叩痛;④听诊:肠鸣音亢进,无血管杂音。中医体格检查:①望:神清,精神一般,正常面容,舌质暗红,苔白腻;②闻:无异味,语音正常;③问:患者无恶寒发热,饮食无特殊偏好,大便日行1~3次,未见粘液脓血,伴腹部隐痛,纳差,小便正常,夜寐安;④切:脉弦细。肛门指诊:距肛缘6 cm未及异常肿物。

合术+肠粘连松解术+横结肠造口术。术后因吻合口瘘,于2021年10月26号在全身麻醉行剖腹探查术+回肠造口术。后患者出现腹腔感染并发回肠造口坏死,于2021年11月12号再次行全麻下行剖腹探查术+回肠造口重建术,将原回肠造口还纳,并在切口上行回肠造口术。术后三天造口恢复排气排便,术后造口排量较大,并于2021年11月15日开始出现日排量>2000 mL,确诊为HOS。患者诊治时间轴见图1。

1.4 诊断

患者入院后行肠镜示:乙状结肠距肛缘20 cm管腔狭窄不能通过,直肠距肛缘12 cm可见一肿物。病理示:腺癌。结合检查结果,中医诊断:肠癌(气滞血瘀证);西医诊断:乙状结肠恶性肿瘤。

1.5 治疗干预

入院后西医拟完善检查,必要时手术治疗。中医诊疗计划:治拟活血化瘀止痛。患者第三次手术后,西医予以抑酸护胃、化痰、抗感染治疗,营养支持等;中医耳穴压豆,穴位贴敷,辨证施膳,五音疗法等。经过35天的治疗及精心护理,患者造口排量减少,营养状况良好,效果满意,康复出院。患者第三次手术后恢复情况见表1。

2 护理

2.1 护理评估

11月15日患者生命体征尚平稳, BMI(kg/m²)相较入院时的20.9降为17.7。本例患者为医保病人,社会支持可,依从性一般。造口位于前正中线,大小2 cm×3 cm,高度2 cm。粘膜色泽:红润。周围皮肤:有切口,无皮损(见图2)。回肠排气,造口日排量>2000 mL,为黄绿色稀水便。实验室检查:血红蛋白90 g/L↓;钾3.27 mmol/L↓;

表1 患者第三次手术后恢复情况

时间	造口排量 (mL)	粪便性质	造口周围皮肤	切口情况	营养	心理
11月15日 ~20日	1700~2200	黄绿色稀水便	结构化皮肤护理方案,完好	吻合良好,无红肿等炎性反应	白蛋白27.6 g/L;BMI 18.1 kg/m ² ; 日均营养摄入约1450 Kcal	SAS评分:56分; SAQ-C:28分
11月21日 ~25日	1500~1700	黄色稀水便	结构化皮肤护理方案,完好	吻合良好,无红肿等炎性反应	白蛋白28.7 g/L;BMI 18.6 kg/m ² ; 日均营养摄入约1550 Kcal	SAS评分:56分; SAQ-C:30分
11月26日 ~30日	<1500	黄色稀水便	结构化皮肤护理方案,完好	吻合良好,无红肿等炎性反应	白蛋白34.5 g/L;BMI 18.8 kg/m ² ; 日均营养摄入约1500 Kcal	SAS评分:52分; SAQ-C:36分
12月1日~ 20日	1000左右	黄色稀便	结构化皮肤护理方案,完好	吻合良好,无红肿等炎性反应	白蛋白39.1 g/L;BMI 19.1~ 20.5 kg/m ² ;日均营养摄入1500~ 1700 Kcal	SAS评分:48分; SAQ-C:41分

钠134.8 mmol/L ↓; 钙1.90 mmol/L ↓; 磷0.72 mmol/L ↓; 镁0.55 mmol/L ↓。

我们对患者进行相应风险评估,均较入院时有所增加。此外,在患者造口术后开始评估其造口接受度,该评分得分越高说明受试者对自身造口的接受度越高,此时提示28分,相对较低。鉴于患者入院即有气机不畅、纳运无力、酿生湿邪、蕴蓄胃肠、腑气通降不利之证,加之金创所伤、气血消耗,结合苔脉示舌质暗红,苔白腻,脉弦细,故患者证属气滞血瘀。



图2 患者造口及周围皮肤(2021年11月15日)

2.2 护理诊断

护理诊断如下:①造口高排量:与术后肠失运转有关;②营养失调,低于机体需要量:与金创所伤、气血耗伤有关;③有皮肤完整性受损的风险:与造口高排量、金创所伤有关;④焦虑:与病程迁延、缺乏疾病相关知识有关;⑤潜在并发症:DVT风险;脱管风险;跌倒坠床风险;感染。

2.3 护理计划

10天内有效控制造口排量,减少HOS并发症;营养满足机体需要,减轻患者焦虑情绪,提高依从性;出院前患者造口周围皮肤完好,住院期间不发生其他并发症。

2.4 护理实施

2.4.1 控制造口排量

我们选用量杯来精准量取造口液的量,并观

察其颜色、性状。在患者可以进食流质时,控制患者进食量为1500~2000 mL/d。使用生长抑素以抑制肠液的分泌。遵医嘱予患者易蒙停配合蒙脱石散增加造口液的粘稠度,减少造口液的排出,并同时做好患者的用药指导与监测。

积极采用中医护理措施耳穴压豆联合穴位贴敷改善患者胃肠功能。耳压取穴:胃、肝、脾、大肠、三焦、皮质下。穴位贴敷方药为科室自拟方,取穴足三里、大肠俞、上下巨虚进行贴敷(见图3)。药物组成:陈皮、吴茱萸、五味子、干姜等,具有理气燥湿、收敛固涩之效。



图3 药物贴敷

2.4.2 营养支持

该患者入院时BMI为20.9 kg/m²。由于肿瘤晚期患者机体消耗大,加上前两次手术创伤损耗,在本次回肠造口重建术后,患者出现了电解质紊乱,且白蛋白偏低,仅为27.6 g/L, BMI已降至17.7 kg/m²,营养低于机体需要量。在术后早期即开始给予患者全胃肠外营养支持(Total Parenteral Nutrition, TPN),根据患者的BMI和基础代谢率,调配三升袋,并配合白蛋白、晶体、胶体等输注以满足患者营养需求。

结合NRS2002评分,持续动态评估患者的营养状况。术后早期以TPN为主,发生HOS期间制定饮食计划控制患者进食,可进食半流后鼓励患者进食高蛋白、高能量、低纤维素半流质饮食,控

制在每日 1000 mL,减少低渗液体(例如水、果汁)的摄入,推荐患者饮用能量饮料。此外,根据中医辨证施膳理论,我们为患制定饮食指导计划,指导患者家属准备活血化瘀、行气利身之品,如白萝卜汤、黄芪鸡汤小馄饨、猪血鲫鱼粥等^[6]。告知患者忌食辛辣刺激、易产气、粗纤维食物,动态评估患者的依从性、进食量。根据患者的体重及卧床活动情况,每日摄入能量 1400~1800 Kcal。

2.4.3 皮肤护理

2.4.3.1 造口周围皮肤完整性的护理

Kwiat M 等认为造口周围皮肤暴露于肠道流出物会导致化学损伤^[7]。该患者排泄物中肠液含量高,含有较多的消化酶,大排量时易发生外溢,具有极大的造口周围潮湿相关性皮炎(Peristomal Moisture-Associated Skin Damage, PMASD)风险。PMASD 严重者甚至可诱发感染,对患者的健康和恢复具有威胁性^[8]。结构化皮肤护理已被运用于临床各个科室,研究表明其对造口周围潮湿相关性皮炎具有良好的预防作用^[9]。

结合该患者实际情况我们确定方案的三个要素:清洁、增强、保护。即为清洁造口周围皮肤,确保皮肤干净及干爽;增强皮肤天然保湿屏障,使其功能最大化;做好防护,避免皮肤再次暴露于排泄物中。对该患者的造口底盘进行更换时,我们先先用 0.9% 生理盐水由内向外进行环状清洗,清洗时动作轻柔,若有底胶防漏膏等残留,使用去胶棉片,清洁造口周围皮肤。将造口粉喷洒造口周围,造口粉反复使用 2~3 次,确保皮肤干净及干爽,再用 3M 保护膜外喷。因为患者造口周围手术切口较多,为防止渗漏,选用医用手术薄膜+防漏膏填平造口周围皮肤。

在护理过程中,考虑到医用手术薄膜封闭性强,防水性能好,不易渗透,具有实用性和可操作性;而且可以根据需要裁剪大小,也能直观有效地观察覆盖渗液情况,我们首先预留裁剪出医用手术薄膜造口及引流管区域,后将膜布覆盖至全腹。在此基础上,使用防漏膏进行皮肤填平,而后使用水胶体敷料,中间修剪和造口大小一般,避免造口周围皮肤暴露在粪水中,后再覆盖造口底盘。但因为患者活动及汗出,贴膜时有卷边,实际使用效果并不甚佳,仅可维持 1 天,防漏膏和造口液接触后,也会融化不成形,起不到填平和固定作用。研究表明^[10]造口底盘和防漏环或防漏膏组合可以减缓侵蚀过程并保护口周皮肤,我们也尝试用防漏

圈+防漏膏一起使用,仍是效果不佳。11 月 26 日,病区延请 ET 会诊,同意前期确定的结构化皮肤护理方案并提出改进意见:建议使用凸面底盘,相较于之前使用的普通两件式造口底盘,其优势在于较软,粘贴度高、便于观察和倾倒。配合常规护理,采用造口护肤粉+造口皮肤保护膜/剂+造口防漏可塑贴环的方式,可以维持 2~3 天。执行此方案后,患者造口周围皮肤完好,未发生造口周围潮湿相关性皮炎。

2.4.3.2 术后切口管理

Scott IA^[11]等的研究指出患者术后切口管理的必要性。Wang Y^[12]等认为术后切口感染的控制要从源头入手,阻断细菌源头和细菌传播途径。患者术后我们予常规抗生素治疗预防切口感染,采用无菌敷料覆盖切口,班班交接敷料渗出情况,定期予床边切口换药,观察患者切口处有无红肿等炎性反应。术后切口疼痛是一种正常的生理现象,必要时可以使用止痛药来预防因心理应激因素导致机体免疫力下降而发生伤口感染的风险。该患者因前后三次手术,手术切口较多,我们持续关注患者切口处疼痛情况,并配合医生予以止痛剂,观察患者用药后疼痛有无缓解及有无其他不适。乔新华^[13]等认为腹压增大会导致切口裂开,我们为患选用大小合适的腹带,调节至患者适宜的松紧度以减少腹壁张力;指导其有效咳嗽并在咳嗽时双手轻压腹部,避免咳嗽时腹内压增高。直至患者出院,切口逐步恢复,未发生切口感染及开裂,切口疼痛不显,无用药不良反应。

2.4.4 心理护理

研究表明永久性造口、造口不能自理的肠造口患者术后更易出现不良情绪^[13]。该患者年已古稀,理解能力与自我照护能力均存在不足,加之病程迁延复杂,实际住院周期长达两个月,历经三次全麻手术,难免存在心理压力。我们对患者进行了全程心理评估,除了 SAS 测试,还采用了中文版造口接受度问卷(SAQ-C),造口接受度可正向影响结直肠癌造口患者的社会心理适应水平,患者对造口接受的程度越高,其社会心理适应水平就越高^[14]。

造口初建时,患者拒绝直视或触摸造口时,我们耐心倾听患者诉说,鼓励患者参与造口自我护理,加强患者的自我护理训练,安排同伴教育,指导家属、亲友予以患者关怀和鼓励。回肠造口重建后因 HOS,病人的心理也受到影响,出现焦虑

烦躁情绪。我们注意观察并适时介入,采用中医传统疗法中的耳穴埋籽和五音疗法进行干预。耳穴埋籽我们选取交感、皮质下、神门等穴位,这组取穴具有安神镇静的效果,并可调节和抑制脑组织皮质兴奋性,改善负性情绪^[15]。根据患者的中医辨证分型,采用五音疗法,指导患者日间听商调式音乐如《胡笳十八拍》、《将军令》等以转移注意力,改善情绪。另外,晚间可进行温水足浴,避免声光刺激。并且我们主动向患者和家属讲解HOS相关知识及干预措施,帮助患者改善了心理状态。

2.4.5 并发症的预防

DVT风险:观察患者有无胸闷、憋喘、呼吸困难等肺栓塞表现,指导患者踝泵运动,遵医嘱予气压治疗,督促患者带管下床活动。有脱管风险:妥善固定各个管道,保证二次固定有效,三班交接查看CVC贴膜及二次固定情况。有跌倒坠床风险:穿防滑鞋,卧床时两侧床栏拉起,患者活动时有人陪护,遵循起床时三部曲。感染:监测体温情况,关注患者的血常规,观察切口渗出及有无红肿

热痛情况,观察CVC穿刺点有无渗出、肿胀情况,每日评估管道留置的必要性。

3 结果和随访

3.1 临床结果

出院时患者造口位置、大小、高度不变,未出现萎缩或水肿及塌陷;粘膜色泽红润,四周皮肤有切口,但无皮损(见图4)。造口排量得到控制,出院时控制在1000 mL左右。术后每日营养摄入量在1400 Kcal以上,体重术后呈上升趋势,出院时已达58 kg。康复周期内未发生造口周围潮湿相关性皮炎,周围切口也在逐步愈合,未发生潜在并发症。SAS评分48分,无焦虑;造口接受度评分上升为41分,依从性上升。舌质淡红,苔微白腻,脉弦。生命体征平稳,BMI上升至接近入院时;水电解质紊乱问题得到解决。查血回示血红蛋白94 g/L↓,钾3.53 mmol/L,钠136 mmol/L,钙2.12 mmol/L,磷1.63 mmol/L,镁0.68 mmol/L。患者虽仍存在贫血,但与入院时相差无几。相应风险评估也较第三次术后有所改善。



图4 术后造口周围皮肤情况(左)及出院前造口周围皮肤情况(右)

3.2 随访

患者出院后我们分别于第一周、半月及一月后对患者及家属进行电话回访。患者表示造口血运良好,正常排气排便,切口愈合良好,定期医院复查,考虑肿瘤科继续放化疗治疗。

4 讨论

Babakhanlou R^[16]等人的研究指出,高排量造口在新建造口中的发生率约16%,而回肠造口由于缺乏大肠吸收水分这一环节,HOS更为多发。赵泽英^[17]等认为高排量肠道管理目标是维持机体正常的水、电解质、营养物质平衡;预防肠道功能

衰竭;预防、治疗并发症;保证病人高质量的生活。该患者机体虚弱,胃肠功能运转失调。中医认为,耳与经络脏腑密切相关,人体脏腑发病时,往往在耳廓的相应部位出现压痛敏感反射区,按压、刺激这些反射区,则可治疗相应脏腑疾病。现代研究显示,耳穴不但可以改善胃肠的运动功能,同时对胃肠激素及脑肠肽均具有调节作用^[18]。耳穴中的大肠穴具有调节大肠经气功能,可以改善大肠的传导功能。脾穴具有升阳降浊功能,联合大肠穴,可以恢复脾升胃降功能。三焦穴可以协调因手术损伤导致的上、中、下三焦升降的紊乱。皮质下穴可以调节因手术损伤导致的胃肠激素分泌的紊

乱。诸穴合用,能安和脏腑、调节神经,肠腑通畅,脾升胃降。本案例中穴位贴敷取穴:足三里为足阳明胃经之下合穴,是治疗胃肠病证的首选穴位和常用穴;大肠俞具有疏调肠胃、理气化滞的功效;上巨虚为胃经与大肠经的下合穴,具有通降和腑、理气和胃的功效,是治疗胃肠病之要穴。下巨虚具有调理脾胃、理气降逆、补养气血、扶正壮阳之功,同时也是胃经与小肠经的下合穴,诸穴合用,能健脾理肠、收敛止泄。

Kwiatt M^[19]等表示低渗液体钠含量低,过量摄入会导致钠外排到肠腔并导致低钠血症,应使用葡萄糖——电解质平衡溶液。高脂肪和糖含量的食物也会增加造口排出量,应指导患者减少食用。也可配合止泻药以增加造口排出物的稠度和粘度,减少渗漏和皮肤刺激,这也符合了Wyer N^[20]关于如何管理高排量造口的理念。同时参考Mountford CG^[20-22]等的观点,在对患者制定特定的液体和营养管理计划之前,我们先仔细评估了该患者电解质以及营养状况和需求。除了药物的使用,饮食也极为重要,本次护理将中医辨证施膳理论结合西医评估量表,达到了造口排量有效管理和补充患者营养需求的双重目的。

本文作为单个病例的护理经验总结,具有一定的局限性,对于不同患者、不同证型而言,应制定更加个性化的护理措施。但中医理论及适宜技术已被证明在造口高排量患者的管理中起到重要作用。虽然科室对HOS管理经验,对数据监测意识仍存在不足,但是汲取本次护理经验,我们将继续收集相关病例,采取随机对照研究的方法干预,更加科学、准确地为此类高排量患者提供中西医结合护理管理方案,以期为患者带来更好的护理体验与更高的护理质量。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会结直肠外科学组,中国医师协会肛肠医师分会炎症性肠病专业委员会. 中国溃疡性结肠炎外科治疗指南[J]. 中华炎性肠病杂志, 2022, 6(1): 7-16.
Colorectal Surgery Group of Chinese Medical Association Surgery Branch, Inflammatory Bowel Disease Professional Committee of the Anorectal Physician
- [2] 沈圆娟,戴正香,李菊云,等. 成人高排量回肠造口发生率及影响因素的meta分析[J]. 中华全科医学, 2023, 21(2): 324-328.
SHEN Y J, DAI Z X, LI J Y, et al. Incidence and influencing factors of high-output ileostomy in adults: a meta-analysis [J]. Chin J Gen Pract, 2023, 21(2): 324-328. (in Chinese)
- [3] 陈影,程帆. 造口高排量监测及风险评估研究进展[J]. 护理研究, 2022, 36(13): 2353-2355.
CHEN Y, CHENG F. Research progress on monitoring and risk assessment of high-output stoma [J]. Chin Nurs Res, 2022, 36(13): 2353-2355. (in Chinese)
- [4] TSUJINAKA S, SUZUKI H, MIURA T, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of ileostomy complications: an updated review [J]. Cureus, 2023, 15(1): e34289.
- [5] WYER N. Dietary management of patients with a high-output stoma [J]. Nurs Stand, 2022, 37(4): 71-76.
- [6] 王小利,韩恩丹. 辨证施膳护理模式在肛肠科中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(3): 232-233.
WANG X L, HAN E D. Application of dialectical diet nursing mode in anorectal department [J]. J Tradit Chin Med Manag, 2022, 30(3): 232-233. (in Chinese)
- [7] WYER N. Dietary management of patients with a high-output stoma [J]. Nurs Stand, 2022, 37(4): 71-76.
- [8] 郭琼,刘春芳,张静,等. 造口周围潮湿相关性皮炎预防管理的证据总结[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(5): 430-436.
GUO Q, LIU C F, ZHANG J, et al. Evidence summary of preventive management for peristomal moisture-associated skin damage [J]. J Nurses Train, 2023, 38(5): 430-436. (in Chinese)
- [9] 彭文连,黄湘晖,叶茹明. 负压封闭引流术加冲洗技术在超低出生体重肠穿孔极早早产儿切口裂开中的应用[J]. 当代护士(上旬刊), 2021, 28(11): 126-128.
PENG W L, HUANG X H, YE R M. Application of negative pressure sealing drainage and irrigation technology in incision dehiscence of ultra-low birth

- weight premature infants with intestinal perforation [J]. *Mod Nurse*, 2021, 28(11): 126-128. (in Chinese)
- [10] 陈海婷, 蔡朋株, 梁霞, 等. 成人肠造口患者造口周围刺激性皮炎预防与管理循证实践[J]. *护士进修杂志*, 2021, 36(19): 1729-1734.
- CHEN H T, CAI P Z, LIANG X, et al. Evidence-based practice of prevention and management of peristomal irritant dermatitis in adult patients with enterostomy [J]. *J Nurses Train*, 2021, 36(19): 1729-1734. (in Chinese)
- [11] GILLESPIE B M, WALKER R M, MCINNES E, et al. Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: a systematic meta-review of Cochrane reviews [J]. *Int J Nurs Stud*, 2020, 102: 103486.
- [12] WANG Y H, ZHANG D, WEI S J. Effect of nursing intervention in the operating room based on simple virtual reality augmented technology on preventing gastrointestinal surgical incision infection [J]. *J Healthc Eng*, 2021, 2021: 9981821.
- [13] 卢美芬, 周小珍, 谭素云, 等. 肠造口患者术后心理状态与社会支持的相关性分析[J]. *齐鲁护理杂志*, 2021, 27(20): 39-41.
- LU M F, ZHOU X Z, TAN S Y, et al. Correlation analysis between postoperative psychological state and social support of enterostomy patients [J]. *J Qilu Nurs*, 2021, 27(20): 39-41. (in Chinese)
- [14] 汪冰心, 张苇, 陈晓娟, 等. 接纳与承诺疗法对永久性肠造口患者造口接受度和社会心理适应的影响[J]. *护理学报*, 2021, 28(20): 68-73.
- WANG B X, ZHANG W, CHEN X J, et al. The influence of acceptance and commitment therapy on the acceptance of stoma and social psychological adaptation of patients with permanent enterostomy [J]. *J Nurs China*, 2021, 28(20): 68-73. (in Chinese)
- [15] 张蕾, 刘彦为, 包晴霞, 等. 耳穴埋籽联合利眠贴对晚期肿瘤患者失眠的长期改善效果[J]. *实用临床医药杂志*, 2021, 25(8): 64-66.
- ZHANG L, LIU Y W, BAO Q X, et al. Effect of auricular acupoint seed-embedding combined with Limian Plaster on long-term improvement of insomnia in patients with advanced cancer [J]. *J Clin Med Pract*, 2021, 25(8): 64-66. (in Chinese)
- [16] BABAKHANLOU R, LARKIN K, HITA A G, et al. Stoma-related complications and emergencies [J]. *Int J Emerg Med*, 2022, 15(1): 17.
- [17] 赵泽英, 邓颖辉, 丁妮, 等. 肠造口高排量的研究进展[J]. *护理研究*, 2020, 34(2): 291-294.
- ZHAO Z Y, DENG Y H, DING N, et al. Research advances on high-output stoma of patients with enterostomy [J]. *Chin Nurs Res*, 2020, 34(2): 291-294. (in Chinese)
- [18] 陈京. 耳穴压豆对结直肠癌术后病人胃肠功能恢复的影响研究[D]. 海南医学院, 2021.
- CHEN J. A Study on the Effect of Ear Acupoint Pressing Bean on the Recovery of Gastrointestinal Function in Postoperative Patients with Colorectal Cancer [D]. Hainan Medical College, 2021.
- [19] KWIATT M, KAWATA M. Avoidance and management of stomal complications [J]. *Clin Colon Rectal Surg*, 2013, 26(2): 112-121.
- [20] WYER N. Dietary management of patients with a high-output stoma [J]. *Nurs Stand*, 2022, 37(4): 71-76.
- [21] MOUNTFORD C G, MANAS D M, THOMPSON N P. A practical approach to the management of high-output stoma [J]. *Frontline Gastroenterol*, 2014, 5(3): 203-207.
- [22] LEE Y J, KWEON M, PARK M. Nutritional management of a patient with a high-output stoma after extensive small bowel resection to treat Crohn's disease [J]. *Clin Nutr Res*, 2019, 8(3): 247-253.

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。